

DISTRITO ESCOLAR DE MIDDLE COUNTRY
REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN
25 N BICYCLE PATH, SELDEN NY 11784 TELÉFONO: 631-285-8890
CERRADO LOS VIERNES DE JULIO Y AGOSTO

- **Original o fotocopia del documento acreditativo de edad.**

Ejemplos:

- Acta de nacimiento
- Licencia de conducir
- Pasaporte
- Certificado de bautismo
- Notificación de registro de partida de nacimiento
- Registro de naturalización
- Registro de inmigración
- Registro escolar
- Registro del censo
- Foto escolar con fecha de nacimiento.
- Órdenes judiciales u otros documentos emitidos por el tribunal

- **Número de FAX o dirección de correo electrónico de la escuela anterior** y documento de transferencia o retiro de la escuela anterior

- **Expediente académico para estudiantes de secundaria.**

- **Comprobante de residencia en el Distrito Escolar de Middle Country.**

Ejemplos:

- Facturas actuales de servicios públicos (electricidad, gas, combustible, agua, televisión por cable o satélite)
- Estado de cuenta de la hipoteca actual
- Escritura de su casa
- Cambio de dirección de la oficina de correos
- Compromiso hipotecario
- Póliza de seguro de inquilino vigente
- Registro de votantes
- Arrendamiento original
- Formulario de impuesto sobre la renta
- Documentos de membresía
- Licencia de conducir oficial
- Identificación emitida por el estado o el gobierno
- Recibo de pago

- **Registro de vacunación:** un certificado de vacunación firmado o sellado con membrete del médico o un registro de salud firmado por la escuela anterior que indique fechas específicas de cantidades. (Ver vacunas requeridas para estudiantes).

- **Identificación con fotografía del padre/tutor**

- **Trámites de custodia si corresponde.**



MIDDLE COUNTRY CENTRAL SCHOOL DISTRICT
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES

NEW STUDENT

RE-ENTRY

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

STUDENT ID #	Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Sexo	Fecha de Nacimiento	
	Ciudad natal		Estado	País					
BUILDING	INFORMACIÓN ÉTNICA Y RAZA DEL NIÑO								
	Por favor responda la pregunta de dos partes.				¿El niño es hispano o latino?		SI	NO	
	Por favor indique cualquier raza que aplique, seleccione una o más.				B - Moreno o Afroamericano				
	P - Nativo de Hawái/Otro isleño del Pacífico				W - Blanco				
GRADE	I - Indio americano o nativo de Alaska				A - Asiático				
	INFORMACIÓN ANTERIOR DE LA ESCUELA								
ESL	SPED	Última escuela a la que asistió		Nivel de grado	Nombre del distrito				
ATTACHED		Dirección							
Immunizations		¿Recibe su hijo algún servicio de educación especial?					Si	No	
Custody Papers		COMPLETE SI EL ESTUDIANTE VUELVE A INGRESAR AL DISTRITO ESCOLAR DE MIDDLE COUNTRY							
		Última fecha y escuela a la que asistió							

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR (donde reside el niño)

Proof of Residence	Apellido: Padre 1 o Tutor 1		Primer Nombre		Relacion hacia el niño			
	Numero de Celular ()		Número de Trabajo ()		<input type="checkbox"/> Padre biológico/adoptivo <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Cuidado de custodia <input type="checkbox"/> Orfanato <input type="checkbox"/> Padraastro			
	Correo electrónico:							
	Apellido: Padre 2 o Tutor 2		Primer Nombre		Relacion hacia el niño			
	Numero de Celular ()		Número de Trabajo ()		<input type="checkbox"/> Padre biológico/adoptivo <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Cuidado de custodia <input type="checkbox"/> Orfanato <input type="checkbox"/> Padraastro			
	Correo electrónico:							
	Dirección de residencia							
	CALLE		CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL	
	Dirección postal (si es diferente)						Teléfono de casa ()	
	¿Se habla un segundo idioma en casa?		Si	No	En caso afirmativo, ¿cuál es el idioma?			
¿La inscripción está relacionada con la falta de vivienda?						Si	No	
SI CORRESPONDE, PROPORCIONE EL NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMEROS DE TELÉFONO DEL PADRE QUE NO VIVE CON EL NIÑO								
NOMBRE					Número de casa ()			
CALLE		CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL		
					Número de celular ()			
					Número de trabajo ()			
					Correo electrónico			
¿DEBE ESTE PADRE RECIBIR CORREO ESCOLAR?					Si	No		

Firma del Padre / Tutor _____

Fecha: _____

MIDDLE COUNTRY CENTRAL SCHOOL DISTRICT AT CENTEREACH

Central Registration 25 N Bicycle Path, Selden, NY 11784 Ph: 631-285-8890

Roberta A. Gerold, Ed. D. Superintendent of Schools

PREVIOUS SCHOOL FAX# or E MAIL _____

My Child _____ formerly a student in
Grade _____ of your school has been registered in Middle Country Central School District,
Centereach, NY. Please send the following information to the SCHOOL INDICATED BELOW:

Cumulative Records

A copy of the Permanent Record

All pertinent psychological and testing information which will be of value in placing this student.

Current Report Card.

All science labs, if applicable.

All ENL related testing scores, including, NYSESLAT and NYSITELL

Thank you for your cooperation.

Parent/Guardian's Signature

Date

CENTEREACH HS fax:
A-F 631-285-8195
G-N 631-285-8225
O-Z 631-285-8139

EUGENE AUER MEMEORIAL ELEMENTARY
17 WING ST
LAKE GROVE NY 11755
Ph: 631-285-8500 fax: 631-285-8501

OXHEAD ROAD ELEMENTARY
144 OXHEAD RD
CENTEREACH NY 11720
Ph: 631-285-8700 fax: 631-285-8701

NEWFIELD HS
GUIDANCE DEPT
145 MARSHALL DR
SELDEN NY 11784
Ph: 631-285-8330 fax: 631-285-8336

HAWKINS PATH ELEMENTARY
485 HAWKINS RD
SELDEN NY 11784
Ph: 631-285-8530 fax: 631-285-8531

STAGECOACH ELEMENTARY
205 DARE RD
SELDEN NY 11784
Ph: 631-285-8730 fax: 631-285-8731

DAWNWOOD MS
GUIDANCE DEPT
10 43RD STREET
CENTEREACH NY 11720
Ph: 631-285-8210 fax: 631-285-8201
akostrna@mccsd.net

HOLBROOK ROAD ELEMENTARY
170 HOLBROOK AVE
CENTEREACH NY 11720
Ph: 631-285-8560 fax: 631-285-8561

UNITY DRIVE KDG CENTER
11 UNITY DR
CENTEREACH NY 11720
Ph: 631-285-8760 fax: 631-285-8761

JERICO ELEMENTARY SCHOOL
34 N COLEMAN RD
CENTEREACH NY 11720
Ph: 631-285-8600 fax: 631-285-8601

BICYCLE PATH KDG CENTER
27 N BICYCLE PATH
SELDEN NY 11784
Ph: 631-285-8805 fax: 631-285-8801

SELDEN MS
GUIDANCE DEPT
22 JEFFERSON AVE
CENTEREACH NY 11720
Ph: 631-285-8410 fax: 631-285-8423

NEW LANE MEMORIAL ELEMENTARY
15 NEW LANE
SELDEN NY 11784
NEW LANE MEMORIAL ELEMENTARY
Ph: 631-285-8900 fax: 631-285-8901

SPECIAL EDUCATION/PUPIL PERSONNEL
25 N BICYCLE PATH STE. A
SELDEN NY 11784
Ph: 631-285-8850 fax: 631-285-8851

CENTRAL REGISTRATION
centralreg@mccsd.net

NORTH COLEMAN RD ELEMENTARY
197 N COLEMAN RD
CENTEREACH NY 11720
Ph: 631-285-8660 fax: 631-285-8661

The mission of the MCCSD is to empower and inspire all students to apply the knowledge, skills, and attitudes necessary to be creative problem solvers, to achieve personal success, and to contribute responsibly in a diverse and dynamic world.

ESTIMADOS PADRES O TUTORES:

CUANDO SU HIJO/A INGRESA A LA ESCUELA, ESTABLECEMOS UN ARCHIVO DE REGISTRO ACUMULATIVO QUE NOS PERMITE COMPRENDER MEJOR SUS NECESIDADES. DE MÁS ESTÁ DECIR QUE TODA LA INFORMACIÓN SE MANTENDRÁ ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LE PEDIMOS QUE RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS EN LETRA IMPRENTA Y DE MANERA PROLIJA. GRACIAS POR SU COOPERACIÓN.

NOMBRE _____ SEXO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ ESCUELA _____

DIRECCIÓN _____ N.º DE TEL. DEL HOGAR _____

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR _____ N.º DE CELULAR _____

NOMBRE DE LA MADRE/TUTORA _____ N.º DE CELULAR _____

LUGAR DE EMPLEO DE LOS PADRES

PADRE/TUTOR _____ N.º DE TEL. DEL TRABAJO _____

MADRE/TUTORA _____ N.º DE TEL. DEL TRABAJO _____

MÉDICO AL QUE SE DEBE LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA _____ N.º DE TELÉFONO _____

EL TRANSPORTE DE UN NIÑO ENFERMO QUEDARÁ A CARGO DE LOS PADRES O DE LAS PERSONAS MENCIONADAS ANTERIORMENTE SI HUBIERA ALGUNA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN MENCIONADA ANTERIORMENTE, LOS PADRES SERÁN LOS RESPONSABLES DE NOTIFICAR A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA.

FOR OFFICE USE ONLY:

_____ IMMUNIZATION RECORD VERIFIED/ATTACHED

Initials of Central Registration staff member _____

INDIQUE SI SU HIJO/A TIENE ALGUNO DE ESTOS ANTECEDENTES Y DESCRIBA A CONTINUACIÓN:

ANEMIA _____ ASMA _____ ALERGIAS _____ DIABETES _____ EPILEPSIA _____

ENFERMEDAD CARDÍACA _____ ENFERMEDAD RENAL _____ TUBERCULOSIS O CONTACTO CON TB _____

ENFERMEDADES GRAVES, LESIONES, OPERACIONES _____

EXPLICACIÓN DE LO MENCIONADO ANTERIORMENTE: _____

¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO REGULARMENTE? NO _____ SÍ _____

¿SE LE ADMINISTRARÁN MEDICAMENTOS DURANTE EL HORARIO ESCOLAR? NO _____ SÍ _____

LA LEY DEL ESTADO DE NUEVA YORK REQUIERE QUE LOS PADRES PRESENTEN UNA SOLICITUD POR ESCRITO A LA ESCUELA, LA CUAL DEBE ESTAR ACOMPAÑADA POR UNA SOLICITUD POR ESCRITO DE PARTE DEL MÉDICO, EN LA QUE SE INDIQUE LA FRECUENCIA Y LA DOSIS DEL MEDICAMENTO RECETADO. LOS PADRES DEBEN TRAER ESTE MEDICAMENTO EN UN FRASCO PARA MEDICAMENTOS.

PROBLEMAS DE LA VISTA: NO _____ SÍ _____ ESPECIFIQUE _____

USA ANTEOJOS NO _____ SÍ _____ FECHA DEL EXAMEN _____

NOMBRE DEL DR./DIRECCIÓN _____

PROBLEMAS AUDITIVOS NO _____ SÍ _____ USA AUDÍFONOS NO _____ SÍ _____

ESPECIFIQUE: _____

FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN _____

NOMBRE DEL MÉDICO _____

DIRECCIÓN _____

SI REQUIERE ALGUNA MODIFICACIÓN EN EL PROGRAMA ESCOLAR, DEBE PRESENTAR LA RECOMENDACIÓN ESCRITA DEL MÉDICO.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR _____



Office of Bilingual Education and World Languages

55 Hanson Place, Room 594
Brooklyn, New York 11217
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB
Albany, New York 12234
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

Cuestionario de Idioma del Hogar (Home Language Questionnaire - HLQ)

Estimados padres o persona en relación parental:
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura de él o ella, escritura y comprensión en el inglés, así como conocer su educación previa e historial personal. Por favor, llene con su información las secciones "Conocimientos de idiomas" e "Historial educativo". Apreciamos mucho su colaboración respondiendo a estas preguntas. Gracias.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO:
		<input type="checkbox"/> Masculino
Mes	Día	Año
		<input type="checkbox"/> Femenino
INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL		
Apellido	Primer Nombre	Relación con el estudiante

HOME LANGUAGE CODE

Conocimientos de idiomas

(Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)

1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			especifique
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			especifique
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	<input type="checkbox"/> Padre 1	_____	<input type="checkbox"/> Padre 2
		especifique	especifique
	<input type="checkbox"/> Tutor(es)	_____	especifique
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			especifique
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No sabe hablar
		especifique	
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No sabe leer
		especifique	
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No sabe escribir
		especifique	

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED:

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

Historial Educativo	
8.	Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela _____
9.	<p>¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.</p> <p>Sí* No No se sabe</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> * En caso afirmativo, por favor explique: _____</p> <p>¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? <input type="checkbox"/> Poca gravedad <input type="checkbox"/> Algo grave <input type="checkbox"/> Muy grave</p>
10a.	¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí* *Por favor, llene 10b.
10b.	<p>*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió: _____</p> <p>Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):</p> <p><input type="checkbox"/> De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) <input type="checkbox"/> 3 a 5 años (Educación Especial) <input type="checkbox"/> 6 años o mayor (Educación Especial)</p>
10c.	¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program - IEP)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
11.	<p>¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)? (Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
12.	¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? _____

Mes: Día: Año:

Firma de un padre o de la persona en relación paternal

Fecha

Relación con el estudiante: Padre Otra: _____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ	
NAME: _____	POSITION: _____
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:	
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW	
NAME: _____	POSITION: _____
ORAL INTERVIEW NECESSARY: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: _____ <small>Mo. DAY YR.</small>	OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW: <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL <input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT <input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL	
NAME: _____	POSITION: _____
DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____ <small>Mo. DAY YR.</small>	PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: <input type="checkbox"/> ENTERING <input type="checkbox"/> EMERGING <input type="checkbox"/> TRANSITIONING <input type="checkbox"/> EXPANDING <input type="checkbox"/> COMMANDING
FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:	



INFORMACIÓN DE HERMANOS: Enumere todos los demás niños de la familia, incluidos los bebés.

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Grado (si corresponde)

Año escolar 2024-2025

Requisitos de vacunación del estado de Nueva York para inscribirse/asistir a la escuela¹

NOTAS:

Todos los niños deben estar vacunados según su edad para asistir a la escuela en el estado de Nueva York. La cantidad de dosis depende del programa recomendado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP). Los intervalos entre las dosis de vacunas deben corresponder al Calendario de Vacunación de Niños y Adolescentes Recomendado por el ACIP. Las dosis aplicadas antes de la edad mínima o de los intervalos mínimos no son válidas y no se tienen en cuenta al calcular la cantidad de dosis que se mencionan abajo. Consulte las notas al pie de página para obtener información específica sobre cada vacuna. Los niños que se inscriben en clases sin grado deben cumplir los requisitos de vacunación de los grados para los que son equivalentes en edad.

Se DEBEN leer los requisitos de dosis con las notas al pie de página de este programa

Vacunas	Prekindergarten (guardería infantil, programa Head Start, guardería o pre-K)	Kindergarten y 1.º, 2.º, 3.º, 4.º y 5.º grado	6.º, 7.º, 8.º, 9.º, 10.º y 11.º grado	12.º grado
Vacuna con toxoide diftérico y tetánico y vacuna contra la tos ferina (DTaP/DTP/Tdap/Td)²	4 dosis	5 dosis o 4 dosis si la cuarta dosis se aplicó a los 4 años de edad o más, o 3 dosis si tiene 7 años o más y la serie se inició a partir del año		3 dosis
Refuerzo de la vacuna con toxoide diftérico y tetánico y la vacuna contra la tos ferina (Tdap) para adolescentes³		No corresponde		1 dosis
Vacuna antipoliomielítica (IPV/OPV)⁴	3 dosis	4 dosis o 3 dosis si la tercera dosis se aplicó a los 4 años de edad o más		
Vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (MMR)⁵	1 dosis	2 dosis		
Vacuna contra la hepatitis B⁶	3 dosis	3 dosis o 2 dosis de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) para niños que recibieron las dosis en intervalos de al menos 4 meses entre los 11 y los 15 años de edad		
Vacuna contra la varicela⁷	1 dosis	2 dosis		
Vacuna antimeningocócica conjugada (MenACWY)⁸		No corresponde	7.º, 8.º, 9.º, 10.º y 11.º grado: 1 dosis	2 dosis o 1 dosis si la dosis se aplicó a los 16 años de edad o más
Vacuna conjugada contra Haemophilus influenzae tipo B (Hib)⁹	1 a 4 dosis	No corresponde		
Vacuna neumocócica conjugada (PCV)¹⁰	1 a 4 dosis	No corresponde		

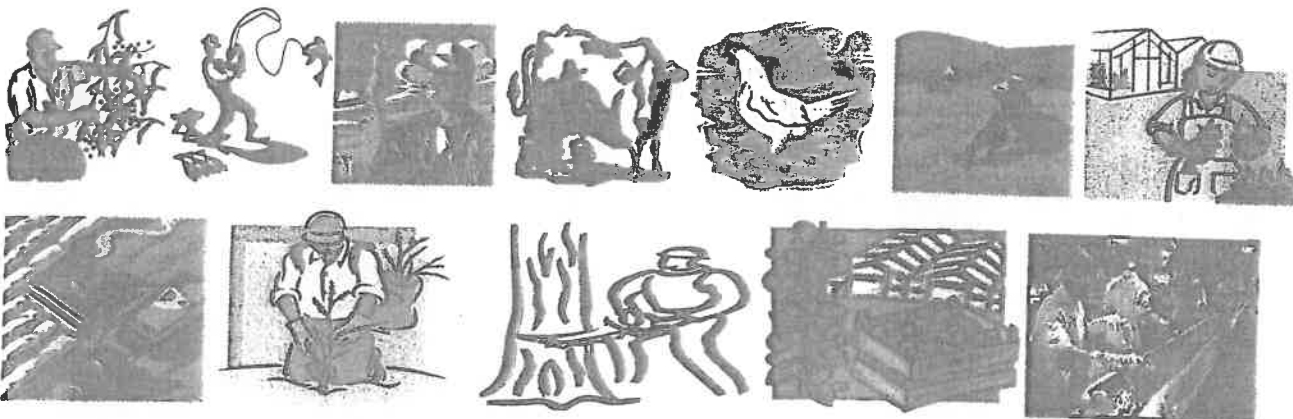
OFICINA DE IDENTIFICACIÓN Y RECLUTAMIENTO- ENCUESTA PARA PADRES

El programa de Educación para Migrantes (MEP), está autorizado por el Título I, Parte C de la Acta de Educación Elemental y Secundaria (ESEA). EL MEP provee una variedad de servicios educativos para las familias que trabajan en la agricultura, sin importar su nacionalidad o estado legal. Este programa es gratuito para aquellas familias elegibles y puede incluir servicios de tutorías, elegibilidad de almuerzo gratuito en la escuela, excursiones, programa de verano, actividades de involucramiento para padres, programa de emergencias y referidos a otras organizaciones o agencias.

Por favor tome unos minutos para completar este cuestionario.

¿Usted o algún miembro de su familia ha trabajado o buscado trabajo en algunas de las siguientes ocupaciones en los pasados 3 años?

- Cualquier trabajo agrícola (como plantando, seleccionando, o cosechando frutas o vegetales, cultivando o cortando flores o árboles, trabajo en lechería u otro rancho de animales, pescando, etc.)
- Trabajando en la cultivación o procesamiento de los árboles.
- Trabajando en una planta de procesamiento, empacando, lavando o cortando vegetales, frutas o carnes.



Si usted contestó que sí, por favor complete la siguiente información:

Nombre del Padre/Encargado: _____

Dirección Física: _____

Teléfono: (____) - _____ - _____ Mejor tiempo para ser contactado _____ AM/PM

Dirección anterior: _____

Nombre del estudiante: _____ Edad _____ Grado _____

Nombre del estudiante: _____ Edad _____ Grado _____

Para someter este referido, por favor enviarlo por correo electrónico a migranteducation@esboces.org, o enviar un fax al No. 631-240-8912, o enviarlo por correo al Programa de Educación para Migrantes de Long-Island-METRO, 969 Roanoke Avenue, Riverhead, NY. 11901.

Nombre del distrito o de la organización que envía el referido _____